



Vereinbarung über Medizinische Versorgungshandlungen

Dieser Vereinbarung ist eine ärztliche Bestätigung über die Notwendigkeit der Medikation für das oben genannte Kind und eine Gebrauchsinformation für das Medikament beigelegt. Das Medikament wird in der Kinderbetreuungseinrichtung im Originalstreifen/Blister verschlossen und für Kinder unzugänglich in einem dafür vorgesehenen Medikamentenschrank aufbewahrt. Es sind in weiterer Folge jedem Blister die Gebrauchsinformationen beigelegt. Es wird vereinbart, dass die Kinderbetreuungseinrichtung bei der Gabe des Medikamentes keine Haftung übernimmt, und in jeder Hinsicht diesbezüglich schad- und klaglos gehalten wird.

Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung zwischen den Eltern (Erziehungsberechtigten) und der Kinderbetreuungseinrichtung tritt diese mit sofortiger Wirkung in Kraft. Diese Vereinbarung besteht aus zwei Originalen samt beigelegter ärztlicher Bestätigung und Gebrauchsinformation. Ein Exemplar wird an die Eltern (Erziehungsberechtigten) ausgehändigt, ein Exemplar verbleibt in der Kinderbetreuungseinrichtung. Alle am Erziehungsgeschehen beteiligten Personen der Kinderbetreuungseinrichtung sind über die Inhalte der Vereinbarung informiert.

NÖ Kinderbetreuungseinrichtung:

Name des Kindes:	Geburtsdatum:
O m O w	
Adresse:	Erziehungsberechtigte: (Name und Tel.)

Diagnose (optional) bzw. Auslöser (z.B. Krampfanfall)

--

Zu setzende Handlungen seitens des Kindergartens: (Wann? Wie? Was? Zusatzvereinbarungen)

--

Verabreichung von Medikamenten: (Lagerung, Dosierung, Art der Verabreichung)

--

Im Notfall zu verständigen (laut Auftrag des Arztes / der Ärztin bzw. der Eltern):

Name:

Verhältnis zum Kind:

Telefonnummer:

Name des Arztes / der Ärztin:

Telefonnummer:

--	--

Beilagen:

- Beschreibung möglicher Nebenwirkungen und Handlungsanleitung für den Fall des Auftretens von Nebenwirkungen*
- Ärztliche Verordnung/ Anordnung*
- Gebrauchsinformation*
- Sonstiges:*

Folgende Personen wurden hinsichtlich des oben angeführten Medikamentes eingeschult und an diese wurden gem. § 50a Ärztegesetz ärztliche Tätigkeiten übertragen:

Datum:

Name:

Unterschrift:

Eingeschult von:

Datum:	Name:	Unterschrift:	Eingeschult von:

--	--

Datum, Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Datum, Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten